



**Министерство труда и социальной защиты населения
Ставропольского края**

П Р И К А З

11 апреля 2022 г.

г.Ставрополь

№ 196

**Об утверждении форм документов,
необходимых для оказания государ-
ственной социальной помощи на
основании социального контракта**

В соответствии с постановлением Правительства Ставропольского края от 29 января 2014 г. № 19-п «Об утверждении Порядка оказания государственной социальной помощи населению Ставропольского края на основании социального контракта»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые формы:

заявления об оказании государственной социальной помощи на основании социального контракта;

заявления о расторжении социального контракта и прекращении оказания государственной социальной помощи на основании социального контракта;

акта материально-бытового обследования условий проживания семьи (одиноко проживающего) гражданина, претендующего на получение государственной социальной помощи на основании социального контракта;

программы социальной адаптации;

отчета о выполнении мероприятий программы социальной адаптации;

итогового отчета о выполнении мероприятий, предусмотренных программой социальной адаптации, и обязательств, предусмотренных социальным контрактом;

уведомления о расторжении социального контракта и прекращении оказания государственной социальной помощи на основании социального контракта.

2. Признать утратившими силу приказы министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края:

от 24 февраля 2014 г. № 139 «Об утверждении форм документов, необходимых для оказания государственной социальной помощи на основании социального контракта»;

от 30 апреля 2019 г. № 122 «О внесении изменений в приказ министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края от 24 февраля 2014 г. № 139 «Об утверждении форм документов, необходимых для оказания государственной социальной помощи на основании социального контракта»;

от 03 марта 2021 г. № 106 «О внесении изменений в приказ министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края от 24 февраля 2014 г. № 139 «Об утверждении форм документов, необходимых для оказания государственной социальной помощи на основании социального контракта».

3. Начальнику отдела организации назначения и выплаты пособий и других социальных выплат Ливадной М.В. довести настоящий приказ до сведения руководителей органов труда и социальной защиты населения администраций муниципальных и городских округов Ставропольского края.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра Чижик Е.В.

4. Настоящий приказ вступает в силу на следующий день после дня его официального опубликования.

Министр



Е.В.Мамонтова

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства труда и
социальной защиты населения
Ставропольского края

Форма

(наименование органа труда и социальной защиты населения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

**об оказании государственной социальной помощи
на основании социального контракта**

Гр. _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

зарегистрированного по месту жительства (пребывания): _____

(населенный пункт, улица, дом (квартира), дата регистрации по месту жительства, срок регистрации
по месту пребывания)

телефон _____, адрес электронной почты _____
(при наличии)

Документ, удостоверяющий личность _____

Серия		Дата выдачи	
Номер		Дата рождения	
Кем выдан			

Прошу заключить со мной социальный контракт, назначить и
выплатить государственную социальную помощь на основании социального
контракта в виде ежемесячной (единовременной) выплаты на мероприятие
(отметить мероприятие) по:

- а) поиску работы;
- б) осуществлению индивидуальной предпринимательской
деятельности, самозанятости, деятельности крестьянского (фермерского)
хозяйства (нужное подчеркнуть);
- в) ведению личного подсобного хозяйства;
- г) осуществлению иных мероприятий, направленных на преодоление
трудной жизненной ситуации.

Необходимо пройти дополнительное обучение:

- да;
- нет;

О себе, членах семьи, совместно со мной проживающих и ведущих совместное хозяйство сообщая следующие сведения*:

Сведения о членах семьи, зарегистрированных по месту жительства (проживания) со мной по одному адресу: _____

(населенный пункт, улица, дом (квартира))

№ п/п	ФИО (отчество – при наличии)	Дата рождения	Степень родства и (или) свойства	Гражданство	Основное занятие (работающий, работающий пенсионер, пенсионер по возрасту, пенсионер по инвалидности, безработный, уход за членом семьи, студент, школьник, дошкольник)	СНИЛС/ИНН (при наличии)	Образование (для лиц старше 15 лет)
1.			Заявитель				
2.							

Сведения о членах семьи, зарегистрированных по месту жительства (пребывания) по другому адресу: _____

(населенный пункт, улица, дом (квартира))

№ п/п	ФИО (отчество – при наличии)	Дата рождения	Степень родства и (или) свойства	Гражданство	Основное занятие (работающий, работающий пенсионер, пенсионер по возрасту, пенсионер по инвалидности, безработный, уход за членом семьи, студент, школьник, дошкольник)	СНИЛС/ИНН (при наличии)	Образование (для лиц старше 15 лет)
1.							
2.							

*В таблицах следует указать данные по всем членам семьи, включая несовершеннолетних детей.

Сведения об имуществе, принадлежащем мне и членам моей семьи на праве собственности

№ п/п	Имущество, принадлежащее мне (моей семье) на праве собственности (земельные участки, дома, квартиры, дачи, гаражи, транспортные и иные механические средства	ФИО (отчество – при наличии) члена семьи, являющегося собственником имущества
1.		
2.		

Дополнительно сообщая, что на момент обращения за назначением и выплатой государственной помощи на основании социального контракта в виде денежной выплаты:

зарегистрирован (поставлен на учет)/не зарегистрирован (не поставлен на учет) в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя, самозанятого (при обращении за предоставлением государственной помощи на реализацию мероприятия по осуществлению индивидуальной предпринимательской деятельности (нужное подчеркнуть);

отсутствуют (снижены) доходы в связи с длительным (более 2 месяцев) лечением одного или нескольких членов моей семьи или меня (нужное подчеркнуть);

имею/не имею на основании права собственности и (или) иного права земельный участок, предназначенный для ведения личного подсобного хозяйства (при обращении за предоставлением государственной помощи на реализацию мероприятия по ведению личного подсобного хозяйства) (нужное подчеркнуть);

имеется/отсутствует у меня задолженность по исполнительным документам в рамках исполнительного производства (нужное подчеркнуть).

Дополнительные сведения _____

Сведения о доходах всех членов семьи за три месяца, предшествующих месяцу обращения за государственной социальной помощью на основании социального контракта:

№ п/п	ФИО (отчество – при наличии)	Вид дохода	Доход за каждый месяц и сумма дохода за 3 месяца (рублей)		
			месяц	месяц	месяц
1.		1. Доходы от трудовой деятельности (заработная плата, денежное вознаграждение (денежное содержание), премии и вознаграждения, предусмотренные системой оплаты труда, денежное довольствие, компенсации, выходное пособие и т.д.) <hr/> (указать вид)			
		2. Социальные выплаты из бюджетов всех уровней (пенсии, пособия, компенсации, доплаты к пенсии, дополнительное ежемесячное материальное обеспечение, ежемесячное пожизненное содержание, стипендии и т.д.) <hr/> (указать вид)			
		3. Доходы от имущества, принадлежащего на праве собственности семье или членам семьи (доходы от реализации и сдачи в аренду (наем) недвижимого имущества, доходы от реализации плодов и продукции личного подсобного хозяйства) <hr/> (указать вид)			
		Другие доходы <hr/> (указать вид)			

Прошу исключить из общей суммы моего дохода (дохода моей семьи) (нужное подчеркнуть) выплаченные алименты в сумме _____ рублей _____ копеек, удерживаемые на основании _____

(основание для удержания алиментов,

ФИО (отчество – при наличии) лица, в пользу которого производится удержание)

Все совершеннолетние члены семьи трудоспособного возраста согласны на заключение социального контракта:

1. _____ (подпись)
(ФИО (отчество – при наличии))
2. _____ (подпись)
(ФИО (отчество – при наличии))

Достоверность и полноту представляемых (сообщаемых) мною сведений подтверждаю.

Предупрежден(а) об ответственности за предоставление заведомо недостоверных сведений о составе семьи, доходах и принадлежащем мне (моей семье) имуществе на праве собственности, а также за несвоевременное извещение об изменении указанных сведений. Против проверки представленных мною сведений и документов не возражаю.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(а). Обязуюсь сообщить о наступлении обстоятельств, влияющих на выплату государственной социальной помощи на основании социального контракта, и обстоятельств, препятствующих выполнению условий социального контракта, в течение 3 рабочих дней со дня их наступления.

Прошу перечислить назначенную государственную социальную помощь

(реквизиты счета, открытого заявителем в российской кредитной организации для перечисления денежных средств)

Результат о назначении государственной социальной помощи на основании социального контракта (об отказе в назначении) выдать (направить) следующим способом:

- посредством личного обращения в орган труда и социальной защиты населения;
- почтовым отправлением на адрес, указанный в заявлении;
- электронной почтой _____;
- через личный кабинет на Портале государственных и муниципальных услуг (функций) в виде электронного документа.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. _____.
2. _____.

_____ 20__ г. _____
(подпись заявителя) (расшифровка подписи)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гр. _____
(фамилия, инициалы)

приняты _____ 20__ г. и зарегистрированы № _____

_____ (фамилия, инициалы, подпись специалиста, принявшего документы)

Недостающие документы, запрашиваемые в порядке межведомственного информационного взаимодействия			
Наименование документа	Орган (организация), в распоряжении которого находится документ	Дата получения документа	Фамилия, инициалы, подпись специали- ста, получившего документ
1	2	3	4

----- линия отреза -----

Расписка-уведомление о приеме заявления и документов

Заявление и документы гр. _____
(фамилия, инициалы)

приняты _____ и зарегистрированы № _____
(дата)

(фамилия, инициалы и подпись специалиста, принявшего документы)

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства труда и
социальной защиты населения
Ставропольского края

Форма

(наименование органа труда и социальной защиты населения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о расторжении социального контракта и прекращении оказания
государственной социальной помощи на основании социального контракта
(нужное подчеркнуть)

Гр. _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

зарегистрированного по месту жительства (пребывания): _____

_____ ,
(населенный пункт, улица, дом (квартира), дата регистрации по месту жительства, срок регистрации
по месту пребывания)

телефон _____, адрес электронной почты _____
(при наличии)

Документ, удостоверяющий личность _____

Серия		Дата выдачи	
Номер		Дата рождения	
Кем выдан			

Прошу расторгнуть социальный контракт и прекратить выплату
государственной социальной помощи на основании социального контракта в
связи _____ с

_____ .
(указывается причина расторжения социального контракт)

Результат рассмотрения заявления о расторжении социального кон-
тракта и прекращение оказания государственной социальной помощи на ос-
новании социального контракта (нужное подчеркнуть) выдать (направить)
следующим способом:

посредством личного обращения в орган труда и социальной защиты
населения;

почтовым отправлением на адрес, указанный в заявлении;

электронной почтой _____.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. _____.
2. _____.

_____ 20__ г. _____
(подпись заявителя) (расшифровка подписи)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гр. _____
(фамилия, инициалы)

приняты _____ 20__ г. и зарегистрированы № _____

(фамилия, инициалы, подпись специалиста, принявшего документы)

----- линия отреза -----

Расписка-уведомление о приеме заявления и документов

Заявление и документы гр. _____
(фамилия, инициалы)

приняты _____ и зарегистрированы № _____
(дата)

(фамилия, инициалы и подпись специалиста, принявшего документы)

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства труда и
социальной защиты населения
Ставропольского края

Форма

АКТ

материально-бытового обследования условий проживания семьи
(одиноко проживающего) гражданина, претендующего на получение
государственной социальной помощи на основании социального контракта

_____ 20__ г.

_____ место составления

Комиссией в составе:

1. _____
2. _____
3. _____

Обследованы условия проживания семьи (одиноко проживающего
гражданина) _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

проживающей (проживающего) по адресу: _____

(адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания) при наличии регистрации по месту пребывания
дополнительно указывается срок пребывания)

Документ, удостоверяющий личность, _____
(вид документа)

серия _____, номер _____, наименование органа, выдавшего документ:

дата выдачи документа _____

В ходе обследования установлено:

Категория семьи (одиноко проживающего гражданина) (семья с детьми
до 16 лет; семья с тремя и более детьми до 16 лет; семья, имеющая в своем
составе инвалидов; семья, имеющая в своем составе неработающих лиц
трудоспособного возраста, одиноко проживающий; иное – указать)

Жилищные условия семьи (одиноко проживающего гражданина) (дом,
квартира, комната в коммунальной квартире, комната в общежитии, ветхое
жилье, со всеми удобствами, с частичными удобствами, без удобств, иное –
указать) _____

Общая площадь: _____ кв. м; жилая площадь: _____ кв. м;
число комнат _____; форма собственности: _____.

Качество дома (кирпичный, панельный, деревянный, саманный; в нормальном состоянии, ветхий, аварийный – нужное подчеркнуть).

Благоустройство жилья (водопровод, канализация, отопление, газ, ванна, лифт, телефон – нужное подчеркнуть).

Санитарная культура (чистота помещения: нормальное состояние, поддерживают элементарный порядок, антисанитарное состояние – указать; наличие насекомых (блох, мух, тараканов), иное – указать) _____

Благосостояние семьи (одиноко проживающего гражданина) (наличие гаража, хозяйственных построек, бытовой техники, мебели, иное – указать)

Наличие личного подсобного хозяйства (вид, количество, наименование сельскохозяйственных животных (птицы), пчел – указать) _____

Наличие приусадебного участка (площадь, обрабатывается (не обрабатывается), наименование производимой продукции)

Статус занимаемого жилого помещения (принадлежит семье (одиноко проживающему гражданину) на правах собственности (приватизировано или приобретено), собственность родственников, находится в муниципальной собственности, принадлежит ведомству, предприятию, съемное жилье – указать)

Сведения о недвижимости и ином имуществе, принадлежащем семье (одиноко проживающему гражданину) на праве собственности (объект недвижимого имущества (дом, квартира), земельный участок, автотранспорт, иное – указать вид)

№ п/п	Имущество, принадлежащее семье (одиноко проживающему гражданину) на праве собственности (земельные участки, дома, квартиры, дачи, гаражи, транспортные и иные механические средства (с указанием марки и срока эксплуатации)	ФИО (отчество – при наличии) члена семьи, являющегося собственником имущества

1.		
2.		

Трудовая деятельность (место работы, должность, дата увольнения, причина увольнения):

Заявитель: _____

Члены семьи: _____

Наличие и характеристика возможных источников дополнительного дохода: _____

Трудности и проблемы, которые волнуют семью (одинок проживающего гражданина) (неудовлетворительное материальное положение, трудоустройство, в том числе и членов семьи, смена работы, плохие жилищные условия, проблемы воспитания и образования детей, состояние здоровья детей, состояние здоровья взрослых членов семьи и прочее – указать): _____

Возможности (потенциал) семьи (одинок проживающего гражданина)

Когда, какая и кем оказывалась материальная помощь (в течение календарного _____ года)

Виды необходимой семье (одинок проживающему гражданину) помощи (материальная, медицинская, юридическая, социально-педагогическая, психолого-педагогическая, иное – указать): _____

Дополнительные данные _____

Направления предполагаемых мероприятий по выходу семьи (одинок проживающего гражданин) из трудной жизненной ситуации (мнение заявителя) _____

Состав семьи

По указанному адресу совместно с заявителем проживают и зарегистрированы (сведения о регистрации граждан по месту жительства или месту пребывания):

№ п/п	ФИО (отчество при наличии)	Дата рождения	Степень родства и (или) свойства	Гражданство	Основное занятие*	СНИЛС (при наличии)	ИНН (при наличии)	Образование для лиц старше 15 лет
1.			Заявитель					
2.								

По указанному адресу совместно с заявителем проживают члены семьи зарегистрированные по другому адресу:

№ п/п	ФИО (отчество при наличии)	Дата рождения	Степень родства и (или) свойства	Гражданство	Основное занятие*	СНИЛС (при наличии)	ИНН (при наличии)	Образование для лиц старше 15 лет
1.								
2.								

*Работающий, работающий пенсионер, пенсионер по возрасту, пенсионер по инвалидности, безработный, уходу за членом семьи, домохозяйка, студент, школьник, дошкольник, иное - указать)

Члены комиссии:

_____	_____
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
_____	_____
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
_____	_____
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Я _____

(ФИО (отчество – при наличии) гражданина, обратившегося за назначением государственной социальной помощи на основании социального контракта)

с актом ознакомлен _____

(дата)

(подпись)

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства труда и
социальной защиты населения
Ставропольского края

Форма

УТВЕРЖДАЮ

Председатель межведомственной
комиссии по рассмотрению во-
просов, связанных с оказанием
государственной социальной по-
мощи на основании социального
контракта

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))
20__ г.

ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Получатель государственной социальной помощи на основании соци-
ального контракта _____

(ФИО (отчество – при наличии) дата рождения)

проживающий по адресу: _____

(адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания))

Разработчик Программы социальной адаптации (далее – Программа) _____

(наименование органа социальной защиты населения)

Цель Программы _____

Задачи Программы _____

Срок реализации Программы с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

Вид мероприятия _____

Нужно указать (поиск работы, осуществление индивидуальной предпринимательской деятельности, само-
занятости, деятельности крестьянского (фермерского) хозяйства, ведение личного подсобного хозяйства,
(при необходимости – прохождение профессионального обучения и получение дополнительного професси-
онального образования), иные мероприятия)

Затраты на выполнение мероприятий Программы по выходу из трудной жизненной ситуации в пределах максимального размера государственной социальной помощи на основании социального контракта (для определения размера государственной социальной помощи на основании социального контракта и сроков ее выплаты):

Наименование затрат на осуществление мероприятия (приобретение: оборудования, расходных материалов, инструментов, сельскохозяйственных животных, птицы, кормов, оплата обучения и др.)	Необходимая сумма (руб.)	Срок, в который необходимо поступление денежных средств (месяц, год)	Периодичность денежной выплаты (ежемесячно или единовременно)	Примечание (указать предлагаемого поставщика товаров, услуг, планируемое место приобретения)

Обоснование реальности спроса на производимые товары и услуги _____

(заполняется при ведении личного подсобного хозяйства или осуществлении индивидуальной предпринимательской деятельности)

Участие членов семьи в реализации Программы (при необходимости):

ФИО (отчество – при наличии) члена семьи (с указанием степени родства к заявителю)	Вид деятельности

Наличие у семьи собственных ресурсов для использования приобретенного имущества – необходимые знания и навыки, полученная специальность при получении образования, место трудоустройства, помещение для сельскохозяйственных животных и птицы, корма, инвентарь, инструменты, оборудование, земельный участок, транспортные средства и т.д.: _____

Вид государственной социальной помощи на основании социального контракта в виде денежной выплаты (нужное отметить):

Ежемесячная денежная выплата			Единовременная денежная выплата	
На реализацию мероприятия по поиску работы (размер, период выплаты)	На реализацию иных мероприятий, направленных на преодоление трудной жизненной ситуации (размер, период выплаты)	На реализацию мероприятия по прохождению профессионального обучения или получению дополнительного профессионального образования (размер, период выплаты)	На реализацию мероприятия по осуществлению индивидуальной предпринимательской деятельности (самозанятости) или ведению крестьянского (фермерского) хозяйства (нужное подчеркнуть) (размер, период выплаты)	На реализацию мероприятия по прохождению профессионального обучения или получению дополнительного профессионального образования (размер, период выплаты)

План мероприятий по социальной адаптации на _____ 20____ г.
(указать месяц)

Наименование мероприятия(ий)	Срок выполнения мероприятия (ий)	Срок продления выполнения мероприятия (ий)	Орган (учреждение), предоставляющий (ее) помощь, услуги*	Отметка о выполнении	Результат (оценка)

* Заполняется только в отношении мероприятий, для исполнения которых услуги необходимы.

Контрольное заключение специалиста, осуществляющего сопровождение контракта, по проведенным мероприятиям: _____

_____ 20____ г.
(подпись специалиста) (расшифровка подписи)

Примечание:

(Число этапов зависит от конкретной ситуации и программы адаптации)

Основания продления срока реализации мероприятий Программы _____

Заключение комиссии о целесообразности продления срока действия социального контракта _____

Срок действия Программы с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

Члены межведомственной комиссии:

_____	_____
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
_____	_____
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
_____	_____
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ 20__ г.

Решение межведомственной комиссии об эффективности (неэффективности) заключенного социального контракта (по окончании социального контракта) _____

Члены межведомственной комиссии:

_____	_____
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
_____	_____
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
_____	_____
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ 20__ г.

Гражданин _____ / _____

(подпись) (расшифровка подписи)

_____ 20__ г.

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства труда и
социальной защиты населения
Ставропольского края

Форма

ОТЧЕТ
о выполнении мероприятий программы социальной адаптации
за период с _____ 20__ года по _____ 20__ года

(фамилия, имя, отчество (при наличии) получателя)

Информация о выполнении мероприятий по социальной адаптации:

№ п/п	Наименование мероприятия	Сроки исполнения	Результат исполнения
1.			
2.			

Информация о невыполненных мероприятиях программы социальной адаптации:

№ п/п	Наименование мероприятия	Причины невыполнения	Примечания
1.			
2.			

Дополнительная информация: _____

К настоящему отчету прилагаются следующие документы *:

1. _____
2. _____

* Прилагаются документы, подтверждающие, что государственная социальная помощь на основании социального контракта используется получателем на выполнение мероприятий, предусмотренных программой социальной адаптации.

_____ 20__ г. _____
(подпись получателя) (расшифровка подписи)
Отчет принят _____ 20__ года

(Должность специалиста, наименование
органа (учреждения), принявшего отчет)

(подпись)

(ФИО (отчество – при наличии))

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства труда и
социальной защиты населения
Ставропольского края

Форма

ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ

о выполнении мероприятий, предусмотренных программой социальной адаптации, и обязательств, предусмотренных социальным контрактом за период с _____ 20 __ года по _____ 20 __ года

(фамилия, имя, отчество (при наличии) получателя)

Информация о расходовании государственной социальной помощи, полученной за отчетный период

Полученная сумма (рублей)	Израсходовано			Не израсходовано (остаток) (рублей)
	сумма (рублей)	наименование затрат	мероприятие из программы социальной адаптации, на выполнение которого произведены затраты	

Использование приобретенного имущества, услуги _____

Получение дополнительного дохода

В натуральной форме	В денежной форме

Информация о невыполненных мероприятиях программы социальной адаптации:

№ п/п	Наименование мероприятия	Причины невыполнения	Примечания
1.			
2.			

Срок и место обучения, полученная квалификация, специальность (при наличии) _____

Место трудоустройства, должность (при необходимости) _____

Дополнительная информация (при необходимости) _____

Препятствия, проблемы и сложности, возникшие при реализации мероприятий программы социальной адаптации _____

Мнение о пользе участия в реализации программы социальной адаптации и о степени достижения ожидаемых результатов от выполнения программы социальной адаптации _____

Планы по повышению уровня материального благосостояния семьи (одинокو проживающего гражданина) _____

_____ 20 г.

(подпись получателя)

(расшифровка подписи)

Отчет принят _____ 20 года

(Должность специалиста, наименование органа (учреждения), принявшего отчет)

(подпись)

(ФИО (отчество – при наличии))

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства труда и
социальной защиты населения
Ставропольского края

Форма

УВЕДОМЛЕНИЕ

о расторжении социального контракта и прекращении оказания
государственной социальной помощи на основании социального контракта

Уважаемый _____!
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Сообщаем, что социальный контракт, заключенный с Вами
_____ 20__ г., расторгается _____ 20__ г. и оказание госу-
дарственной социальной помощи на основании социального контракта пре-
кращается с _____ 20__ г. на основании _____

_____,
(указать основания расторжения социального контракта в соответствии с нормативным правовым актом)
в связи с _____

(указать вид нарушения)

Вам необходимо возместить в добровольном порядке в бюджет Став-
ропольского края государственную социальную помощь на основании соци-
ального контракта в виде денежной выплаты в размере _____ рублей.

Реквизиты для возврата денежных выплаты:

ИНН _____ КПП _____

Получатель: _____

Расчетный счет: _____

БИК _____ ОКТМО _____

КБК _____

Назначение платежа: _____

Руководитель органа труда и
социальной защиты населения
администрации муниципального
(городского) округа
Ставропольского края

(подпись)

/ _____
(расшифровка подписи)

Фамилия, инициалы
телефон исполнителя